

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

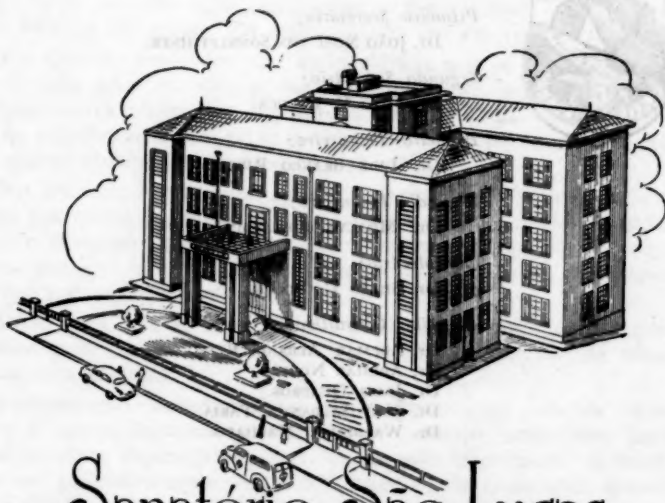
VOL. XV

MAIO DE 1954

N.º 11

## Sumário:

	Pág.
<i>O pensamento de Krishnamurti e a Psicanálise</i> — DR. ANDRÉ SAMPAIO .....	163
<i>Tratamento do pseudo estrangulamento hemorroidal</i> — DR. EDISON DE OLIVEIRA .....	172
<i>Tratamento cirúrgico das neurites</i> — DR. DIRCEU ARAUJO .....	175



Sanatório São Lucas

# Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS  
(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção do:

**Dr. ADHEMAR NOBRE**

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil



Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

---

## DIRETORIA 1954-1955



*Presidente:*

**Dr. PAULO G. BRESSAN.**

*Vice-Presidente:*

**Dr. NELSON RODRIGUES NETO.**

*Primeiro Secretário:*

**Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER.**

*Segundo Secretário:*

**Dr. JOÃO V. DELUCA.**

*Primeiro Tesoureiro:*

**Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO.**

*Segundo Tesoureiro:*

**Dr. MOACYR BOSCARDIN.**

*Bibliotecário:*

**Dr. SILVIO C. BOOCK.**

*Conselho Consultivo:*

**Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI.**

**Dr. ADEMAR NOBRE.**

**Dr. JACIR QUADROS.**

**Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA.**

**Dr. WALDEMAR MACHADO.**

BOLETIM  
DO  
SANATÓRIO SÃO LUCAS  
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XV

MAIO DE 1954

N.º 11

O pensamento de Krishnamurti  
e a Psicanálise (\*)

DR. ANDRÉ LEME SAMPAIO

O FEIXE DE "MEMÓRIAS"

I

Uma das grandes verdades enunciadas pela Psicanálise, da qual decorrem notáveis consequências para o estudo da Psicologia, é a existência no inconsciente de reprimidos de conteúdos afetivos contrários, que, por não se influenciarem reciprocamente, são descritos como estando ali apenas em contiguidade uns em relação a outros.

E' o caso do fenômeno da "ambivalência que se manifesta pelo ódio e pelo amor votados a um mesmo objeto (pessoa, idéia ou qualquer outra abstração). Quanto a esse fato, diz mesmo Freud que as manifestações exageradas de ternura escondem sempre um ódio que se obstina em manter-se recalcado.

No segundo mundo das relações, esse fato é facilmente verificável por quem se aplique imparcialmente a investigá-lo. Ressalta, então, o conceito proferido por esse psicólogo de que, para impedirmos que um ódio intenso nos chegue à consciência, precisamos opôr-lhe um amor ainda maior.

Vê-se, pois, que se trata de um sentimento inconsciente e que, por esse motivo, tem suas raízes no ambiente familiar de nossa mais remota infância.

Embora não menosprezemos a influência, das relações entre irmãos e outros familiares, tomemos, no entanto, como base para facilidade desta exposição, a convivência mais importante da criança no seu primitivo ambiente, isto é, aquela que provém da dependência filial.

(\*) Palestra proferida na Sociedade Médica São Lucas, em 8-3-54.

Observando com isenção de ânimo essas relações, notamos que ao lado do amor que dedicávamos aos nossos pais — pela proteção e carinho que nos dispensavam — havia também ódio aos mesmos, pelas limitações que nos impunham e, em muitos casos, pelas clamorosas injustiças com que nos tratavam. Como não podíamos — mais por escassês de dados da experiência, do que por falta de capacidade de raciocínio — resolver os angustiantes problemas que então surgiam, todos oriundos do medo aos castigos e ao desamparo, foram êles recalçados no inconsciente, constituindo-se assim a ambivalência acima citada.

Ora, fizemos êste rápido esboço psicanalítico, para podermos com maior clareza apresentar o capítulo seguinte, dentro do qual nos firmamos, em grande parte, no notável estudo diferencial que Freud fez da "aflição" e da "melancolia".

## II

Diz Freud, no estudo mencionado no final do capítulo precedente, que um dos estados de ânimo ali focalizados, a aflição, consideramos normal, e o outro, a "melancolia", patológico. Referem-se ambos à perda de um sér amado ou de uma abstração que sentimentalmente lhe equivalha: a pátria, a liberdade, o ideal, etc.

Quanto ao primeiro, vemos que êle, desaparece no fim de algum tempo, achamô-lo natural e nô-lo explicamos facilmente, embora nos impressione, muitas vêzes, a tenacidade com que o aflito adere às representações dêsse penoso sentimento: tudo que lhe lembra o objeto amado, e o seu pertinás desinterresse por tudo quanto o circunda.

Todos nós sabemos da resistência dêste afeto pois, conhecemos os penosos esforços despendidos para nos desfazer de nossas mais caras ilusões, isto é, a dificuldade com que não conhecendo a origem inconsciente de nossos desejos, procuramos eleger outro objeto que substitua o que perdemos.

Após diversas considerações sôbre o "doloroso estado de ânimo" comum a ambos, friza êste psicólogo, como característica da melancolia, a diminuição do amor próprio, a qual se traduz em censuras e acusações que o paciente faz a si mesmo e "que pode chegar, inclusive, a uma delirante espera de castigo".

Mas continua o citado autor: "Em uma série de casos, constitue também, evidentemente, uma reação à perda de um objeto amado. Outras vêzes, observamos que a perda é de natureza mais ideal. O objeto não morreu, porém ficou perdido como objeto (o caso de uma noiva abandonada). Por último, em outras ocasiões, cremos dever manter a probabilidade de uma tal perda, porém não conseguimos distinguir claramente o que o paciente perdeu e temos que admitir que a êste também não é possível concebê-lo conscientemente. A êste caso poderia reduzir-se aquêle em que a perda, causa

da melancolia, é conhecida do enfermo, o qual sabe a quem perdeu, mas não o que, com essa perda, também lhe ficou perdido. Assim, somos obrigados a relacionar a melancolia com uma perda de objeto subtraída à consciência, diferenciando-se deste modo da aflição, na qual nada do que respeita a essa perda é inconsciente.

### III

Como fizemos no capítulo precedente, vamos transcrever alguns trechos do citado estudo de Freud, com o fito de melhor salientar uma notável contradição na conduta do melancólico: "Este nos descreve o seu Ego como indigno de toda estima, incapaz de qualquer produção de valor e, moralmente condenável. Dirige-se a si próprio amargas censuras, insulta-se e espera a repulsa e o castigo. Humilha-se ante todos e se compadece dos seus, por estarem ligados a uma pessoa tão indigna. Não tem a menor idéia de que se haja dado em si uma modificação, pois estende sua crítica ao passado e afirma não ter sido nunca melhor".

Após descrever o empobrecimento do seu Ego e mencionar vários sintomas, cita uma "denominação, muito singular do ponto de vista psicológico, do instinto que força todo ser animado a manter-se em vida". Mas, como está nas páginas que aqui transcrevemos, não há correspondência nenhuma entre o valor do paciente e as intensas acusações que ele a si próprio faz e comunica, sem o mínimo pejo, aos que lhe estão em torno. Tem ele mesmo o desejo dessa comunicação — como se nesse aviltamento encontrasse prazer — conduta esta bem diferente daquela a que o poderia levar um remorso normal.

O melancólico, porém segundo essa mesma monografia, em vez de humilde — como, parece, deveria ser — é, ao contrário, excepcionalmente suscetível: desconfia e toma como ofensa qualquer palavra que ofereça margem às suas suspeitas, e é sumamente irritável, só tolerando as censuras e acusações que a si mesmo faz, das quais as mais violentas são, com frequência, muito pouco adequadas à sua pessoa.

Voltando ao que dissemos a respeito da ambivalência no capítulo primeiro, no qual vimos que esse fato psíquico se positiva por efeito da contiguidade no inconsciente de reprimidos de conteúdos afetivos contrários, orientemo-nos agora para a compreensão do que será exposto no capítulo seguinte, onde, pela explicação dos fatos contraditórios assinalados acima na melancolia, tentaremos compreender a estrutura íntima do Ego.

Sublinhemos antes, no entanto, outra grande verdade da Psicanálise: — a de que a "identificação" é a forma mais primitiva do enlace afetivo, e que a outra forma, denominada por Freud "eleição de objeto" tende sempre, pela regressão, a transformar-se na de "identificação".

## IV

Relacionando agora essas verdades com o que dissemos sobre a ambivalência, que perdura em nossa psique pelo fato de não podermos, pelo motivo que então expuzemos, solucionar os angustiosos problemas da nossa infância, concluímos, como nos ensina a Psicanálise, que os objetos de nossa afeição no presente têm seus protótipos nos dos nosso restrito e longínquo mundo familiar infantil. E, o mesmo que dizer, como vimos no trabalho anteriormente citado, que o presente é a repetição do passado, enquanto não o entendermos, completarmos ou transcendemos.

Mas exponhamos, para clareza desta dissertação, o caso, de caráter quasi universal, em que os protótipos das relações afetivas na idade adulta são constituídos predominantemente da primitiva convivência do indivíduo com seus próprios pais, embora se saiba, como dissemos, que outras pessoas do seu ambiente infantil (irmãos, avós, tios, etc.) influem também na feitura de sua ambivalência.

Ora, não obstante seja Freud acusado de certos exageros na descrição do complexo originado do convívio do filho com seus pais (complexo Édipo) a verdade é que, em suas linhas gerais, a existência desse complexo é um fato que não pode ser posto em dúvida por quem imparcialmente o investigue.

Quanto ao complexo de Édipo normal, ou positivo, o enlace afetivo do filho com o pai se faz por "identificação": a criança toma-o como modelo, imita-o em tudo e quer substituí-lo até, e principalmente, nas manifestações de carinho para com a mãe. O apego afetivo para com esta, no entanto, se processa de forma diferente, na de "eleição de objeto": o filho adota-a como objeto de seus intintos libidinosos (5).

Como vimos, porém a identificação adquire logo um cunho hostil, não só porque o pai estorva o filho nas suas manifestações de ternura para com a mãe (a criança é exclusivista), como pelas limitações de outra ordem que bem cedo lhe são impostas. Mas quanto à mãe, no caso de comoção afetiva, no qual intervém a repressão (a criança reprime seus intintos cuja satisfação também se processa, não só porque se tenha constituído a afeição em base narcisista, como também admitimos, pelo fato de o filho frequentemente incluir a ambos (o pai e a mãe) numa mesma comunidade odiada, ora quando esta imita aquele nos castigos a que o submete, ora quando com o mesmo ela concorda nas restrições que lhe são impostas.

Vê-se, pois, que para a constituição da ambivalência, na parte que se refere ao termo ódio, o protótipo é formado pela superposição das imagens de ambos os progenitores. Torna-se evidente, assim, que o que o indivíduo perde na idade adulta nada mais representa do que o antigo objeto da sua libido e, como este, integra a ambivalência, cujas representações primitivas, pelo fato de referir-se a seus pais, permanecem recalcadas no inconsciente.



No caso, por exemplo, de uma pessoa que sofre uma desilusão de sua amada, sua relação afetiva, que antes tinha como objeto a representação do protótipo fornecido predominantemente pelo pai, ou mais claramente, pela mãe, quando concordava com o pai ou o imitava no seu rigor.

Com efeito, tendo havido na infância diversas comoções anímicas em que predominaram as decepções que a mãe lhe infligia e que o levaram a juntar a imagem desta à do pai, com o qual a criança já se identificara, os posteriores conflitos de conteúdos afetivos semelhantes aos daquelas comoções irão sensibilizar o complexo já então constituído. Na comoção atual, essa pessoa, pela ambivalência a que está sujeita, odiará no começo sua ex-amada, mas, de posse das experiências que lhe faltara no passado, ela se informará facilmente da insensatez desse ódio e o relegará ao inconsciente, reprimindo suas representações — como se deduz do que dissemos linhas atrás — convergentemente às que primeiro formaram o seu complexo. Por outras palavras: despojando o conflito recente do seu conteúdo emotivo, os afetos assim liberados serão atraídos pelo que em sua alma ainda existe de suas comoções antigas, carregando mais a figura introjetada da mãe rigorosa e, por conseguinte, extinguindo a da que fôra o objeto de sua ternura.

Reportando-nos agora ao caso do melancólico, torna-se claro o que Freud disse: o melancólico sabe o que perdeu, mas não o que, com essa perda, também lhe ficou na imagem da mãe carinhosa, objeto de sua afeição no passado.

Compreendido, pois, que através de vários elementos comuns entre o pai e a mãe (o rigor, os castigos e as limitações que lhe eram impostas) indiretamente a identificação com esta também se processou nas circunstâncias criadas pelas comoções a que aludimos, e que as condições presentes nada mais são do que uma reprodução daquelas circunstâncias, com facilidade se entende o que, com penetrante visão, disse este psicólogo sobre a contraditória conduta do melancólico assinalada no capítulo precedente, isto é, que as amargas acusações do mesmo não se dirigem na realidade a si próprio, mas sim ao objeto, que pela identificação, se tornou parte do seu próprio Ego: "A sombra do objeto caiu assim sobre o Ego, que, a partir desse momento, pôde ser considerado como uma instância especial, como um objeto e, na realidade, como o objeto abandonado".

Quando se trata de uma perda por ofensa, real ou imaginada, do objeto atual contra o sujeito, compreende-se facilmente a referência inconsciente do mesmo (do objeto) ao protótipo formado, quanto ao termo-ódio da ambivalência — frizemos mais uma vez — pela superposição das imagens dos pais psiquicamente introjetados; quando se trata de uma fatalidade que lhe foi imposta, também se torna clara essa referência, pois a que imagem ou a que influência os poderes do destino poderão se referir senão a dos pais, ou — mais exatamente — a do pai, na tenra infância do sujeito, tinha o poder de lhe fazer tanto o bem como o mal?

Mas — notará o leitor — falamos apenas de um dos termos da antítese constitutiva da ambivalência. Que destino, pois, tomará outro elemento da mesma — o amor? Não seria lógico que o melancólico, identificando-se em última análise, no caso aqui descrito, com seu pai, se tratasse também com carinho, uma vez que a convivência entre ambos se caracterizava igualmente pela ternura e pela admiração que o levava a imitá-lo em tudo?

Antes de responder a essa pergunta, precisamos frisar que o amor a que Freud se refere nada mais é do que o apêgo, o amor egocêntrico que nos leva não só ao desejo de posse do objeto de nossa libido, como também se traduz na nossa aspiração de poderio, ambições essas cujo cumprimento a criança espera realizar nas relações com os próprios pais. E' evidente que esse amor a nossa mãe é o desejo de possuí-la, como vimos anteriormente, citando nosso exclusivismo na primeira infância. Eo sentimento que fez com que nos identificássemos com o nosso pai, não era o desejo de ser forte poderoso como ele? Dai se infere que nada melhor para representar esse egocentrismo reprimido em virtude do medo, que a extraordinária suscetibilidade do melancólico, que com frequência cisma, nos que o rodeiam, propósitos de defraudá-los e amesquinrá-lo.

Voltando agora às considerações anteriores, vemos que, com a perda do objeto atual pelo sujeito, não mais se justifica a contenção que, desde remoto passado, vinham se impondo reciprocamente os elementos do binário constitutivo da ambivalência. A ameaça pater-na introjetada se cumpria. Rompe-se assim o equilíbrio que a custo vinha mantendo o estado hígido, despedaçando-se o dique inconsciente que represava o ódio.

Mas diz Freud que uma parte do Ego se coloca em face da outra, censurando-a veementemente, como se esta fôsse seu objeto. Vimos até aqui que a porção da instância que sofre essa crítica se forma da identificação prévia do sujeito com o objeto. Mas, quanto à porção que censura, quais os elementos que a compõe?

A primeira vista, poderíamos esperar que, sendo a consciência moral formada pela introjeção psíquica das influências do pai, que por isso se torna o objeto com o qual o filho se identifica, isto é, a parte tão maltratada do Ego, poderíamos esperar, dizíamos, a desaparecimento dessa consciência, cuja formação, repetimos, se origina da repressão da hostilidade contra o próprio pai, ou o objeto da primitiva ambivalência.

Tal, porém, se dá, pois, como dissemos, o melancólico é extremamente suscetível e se irrita grandemente com o que cisma ser ofensa à sua dignidade. E que o desequilíbrio que afeta a sua saúde mental não é completo no melancólico, no qual a parte agredida do Ego nunca se silencia e, por uma sutil e interessante astúcia, continua a se manifestar, influentemente, no sombrio quadro de sua enfermidade. Referimo-nos ao fato de a parte agressora servir-se das armas que a agredida lhe oferece. Isto é: através de sua aspiração à dignidade



— o que se deduz da existência mesma de suas lamentações — do conceito que dela faz o enfermo e, talvez, das representações do rigor da autoridade paterna — tudo isso determinado pela introjeção da imagem do pai — através desses fatos a porção agredida do Ego se faz presente e se consolida na parte agressora do mesmo, dando assim continuidade ao conflito, ou permanência às forças contraditórias que o formam.

Que vemos neste ardil de sua mente senão a resistência dos reprimidos a se desalojar do inconsciente? E essa renitência não é o prolongamento da contenda que, como vimos, tão perigosa se faz à existência do doente?

Como dissemos em exposição anterior, (A Psicanálise e o Autoconhecimento) o conflito, tendendo a se perpetuar, o faz pela única via possível — a criação do pensante que se julga permanente. E esse presente não é o mesmo que, maltratando a si próprio reage, contudo, violentamente, contra as agressões daqueles que o circundam? Ou melhor: não é ele uma mescla de tendências que se traduzem nessas duas atitudes contraditórias, ou em última análise, o próprio conflito?

Temos que do entrechoque dessas propensões nasce a sensação da permanência invidual, ou a do pensante (o Ego) separado dos seus pensamentos. A ilusão dessa separação, pois, se torna clara quando repelindo as censuras que se lhe dirigem, isto é, reconhecendo como sua dignidade a que o obriga seu Super-Ego (formado, frizemos mais uma vez, pela introjeção da imagem paterna), não reconhece, no entanto, na desproporção dessa repulsa, a insinuação do ódio com que costuma agredir a imagem formadora dessa mesma dignidade. Quer isto dizer que o pensante (o melancólico) se julga separado dos seus pensamentos, das representações desse ódio, pois ele tem como razoável a sua atitude, na qual vê apenas uma reação justa contra a ofensa, por ele deduzida, do seu pundonor.

Igualmente, essa separação se evidencia nas impiedosas acusações que a si próprio faz, e devido a isso nega a si mesmo toda nobreza e todo valor, isto é, se separa dos seus pensamentos, ou das representações de sua dignidade, por cuja influência, no entanto, como vimos linhas atrás, se positivam as suas censuras.

Embora tenhamos tomado como base destas reflexões o quadro patológico da melancolia — o que fizemos para facilidade e clareza desta exposição — conclue-se das mesmas que o nosso Ego (o pensante), como diz Krishnamurti, é apenas um feixe de "memórias" e que desunião entre si próprio e os seus pensamentos nada mais é do que uma pura ficção, imposta pelo conflito que tende à permanência.

E que são essas "memórias", que este pensador define como as cicatrizes em nosso psique determinadas pelas experiências incompletas, sinão os elementos da mencionada contenda anímica? Ou seja: o ódio que, reprimido em virtude do medo, subsiste ainda ativo

em nossa psique, motivando sempre novas repressões, e os impulsos de nossa libido que cortada em seu fim pelo mesmo processo interno de contensão, permanece como que flutuando em nossa alma?

No capítulo seguinte tentaremos nos aproximar mais desta matéria.

## V

No capítulo precedente falamos do rompimento incompleto do equilíbrio entre os dois elementos da ambivalência e dissemos que as introjetadas formadoras da consciência moral subsistiam na melancolia.

Poder-se-ia supor que em caso de suicídio levado a efeito por êsse penoso estado de ânimo, o rompimento se processaria de modo completo. Tal, porém, não se dá, e essa suposição é de todo infundada.

Com efeito, não sendo o Ego mais que o próprio conflito que busca sempre persistir, os seus elementos, isto é, os termos da antítese "ódio" e "amor", ou apêgo, se demonstrarão em tôdas as manifestações dêsse mesmo conflito, como vimos anteriormente, não só citando a intromissão da influência paterna no rigor com que o Ego trata a si próprio (que é o objeto formado pela identificação com o próprio pai), como também mencionando as violentas reações do pensante (o melancólico) às censuras que lhe são dirigidas.

Pensamos, pois, que corrobora a asserção contida neste período a afirmativa de Freud, de que o Ego não pode se matar a não ser quando "pode dirigir contra si mesmo a hostilidade contra um objeto, hostilidade que representa a reação primitiva contra os objetos do mundo exterior".

Infelizmente, porém, vemos nas linhas subseqüentes às desta assertiva, contradizendo-a flagrantemente o seguinte período do mesmo Freud: "Assim, na regressão da eleição narcisista de objeto, fica êste (o objeto) abandonado, mas apesar disso, êle se mostra mais poderoso do que o Ego".

Na verdade, o que se passa no suicídio por melancolia é a mais intensa manifestação do conflito, ou a última e mais aguda expressão do Ego, o qual, sendo formado dos dois elementos da antítese em luta recíproca, é obrigado, pela intensificação desta pugna, que — repetiremos mais uma vez — é êle próprio, a se expressar pela única forma que então lhe resta.

Em outras palavras: o Ego não pode parar e, paradoxalmente, o suicídio, no estado de ânimo aqui descrito, nada mais representa do que a suprema manifestação da luta desta instância pela sua própria continuidade.

Mas, no caso de idêntico desfêcho, conseqüente a um estado não considerado patológico, a um remorso intenso, não se patenteia também a verdade de que o Ego não passa de um conflito, ou um feixe de memórias?

Aludindo ao que disse Freud à respeito dos poetas: que êstes sabem intuitivamente o que só após longos giros e muito trabalho chega o psicológico a conhecer, mencionemos aqui o famoso poema "Caridade e Justiça" de Guerra Junqueiro.

Depois de descrever o tremendo remorso de Judas, de citar sua decisão, que **ele** chama "heroica e sobranceira", de pôr termo à vida e de apresentar em lapidares versos as palavras de perdão de Jesus, põe o poeta na boca do Iscariote as seguintes estrofes:

## A justiça é implacável

*Pois bem, sendo eu um monstro e sendo tu um Deus,  
Vais ver como êsse monstro, ó pobre Cristo nũ,  
É maior do que Deus, mais justo do que tu.*

Ora, não se surpreende nessas palavras a noção do poeta de que o Ego é um conflito que procura estabilizar-se, buscando sempre o equilíbrio das forças antagônicas que o formam? Para esse fim, que poderia opor o Ego Judas à hediondez do seu ato, senão a concepção absurda de ser, em alguma coisa, maior do que Deus?

Temos, pois, que, psicologicamente, o epílogo dessa pugna não foi o suicídio. Este não passou de uma premissa necessária à conclusão genialmente vislumbrada pelo poeta: a de ser mais justo que Deus:

*um justo não perdoa*

*À tua caridade humanitária e doce*  
*Eu prefiro o dever terrível. E enforcou-se.*

## Tratamento do pseudo estrangulamento hemorroidal

DR. EDISON DE OLIVEIRA

Não raro as veias dos plexos-hemorroidais externo e interno podem ser séde d'um processo de trombose aguda que se manifesta por dores intensas no ânus, tenesmos e às vêzes, retenção de urina.

Ao exame local verificamos que os mamilos hemorroidais se apresentam prolabados, duros, tensos, dolorosos à menor pressão, ulcerados ou não, e não raro necrosados, tudo de acôrdo com o período de sua evolução.

Essa flebo-trombose dos plexos-hemorroidais externo e interno, a nosso ver, se assemelharia àquela localizada nas veias dos membros inferiores. Dai a variação d'um caso para outro dos fatôres dôr, edema e perturbações tróficas.

A essa complicação, relativamente freqüente nos portadores de hemorroidas, dá-se a denominação de Pseudo-Estrangulamento Hemorroidal, Fluxo Hemorroidal Agudo, ou ainda, denominação imprópria, Estrangulamento Hemorroidal.

Aquêles que aceitam esta última denominação acham que essa complicação é consequência do estrangulamento dos mamilos hemorroidais prolabados por um espasmo dos esfíncteres do ânus.

Sem dúvida alguma é essa uma concepção errônea. Não há, absolutamente, espasmos dêsses esfíncteres. Basta um simples toque retal para verificar que há, pelo contrário, uma hipotonia dos mesmos.

Nestas condições não é admissível que se pretenda reduzir êsses mamilos trombosados, edemaciados, excessivamente dolorosos e que se acham evertidos, prolabados.

O lugar dêles é para fora do canal anal. Os mamilos hemorroidais internos, devido à trombose e ao edema, se exteriorisam, sofrem uma eversão, em tudo semelhante à que se observa na conjuntiva palpebral quando é esta séde de certas conjuntivites.

Com freqüência se vê, também, o plexo-hemorroidal externo trombosado e edemaciado: como é de se prevêr — êle circunscreve

o primeiro, isto é, o plexo hemorroidal interno, e devido à sua relação com os esfíncteres do ânus, nunca poderá ser estrangulado por espasmos daqueles.

Isto posto, frente a um paciente com um pseudo-estrangulamento hemorroidal jamais se deverá tentar reduzir aqueles mamilos trombosados, edemaciados e exteriorizados.

Infelizmente para os doentes é essa uma conduta muito seguida pelos médicos que primeiro atendem a esses pacientes. Há alguns médicos que são teimosos e insistem, não obstante verificarem que tão logo deixem de fazer pressão os mamilos se evertem, se exteriorizam.

Antes, devem eles verificar que não há espasmo esfinteriano e que, por conseguinte, não se justifica sua intempestiva conduta.

Frente a essa complicação qual então o tratamento a ser preconizado?

As opiniões se acham divididas. Há especialistas que indicam, de início, o tratamento cirúrgico e há outros que preferem primeiro o tratamento médico paliativo e posteriormente, o tratamento cirúrgico radical ou o esclerosante conforme o caso.

Há anos a nossa conduta era intervencionista, de início. Observamos contudo que numa grande porcentagem dos casos a mucosa retal se esgarçava, se retraía e a cicatrização se fazia por segunda intenção.

Como consequência desses fatos, observados em nossos casos, há alguns anos mudamos a nossa orientação e preferimos fazer o tratamento médico paliativo, de início, resolvendo posteriormente qual a conduta à ser seguida; tratamento cirúrgico ou esclerosante, de acordo com as condições achadas então.

O tratamento médico consiste em se colocar o paciente em repouso no leito, prescrever dieta sem resíduo e administrar além do mais uma ou duas colheres das de sopa por dia de um dos petrolados existentes no mercado.

Deve-se aconselhar a elevação dos pés da cama ou então colocar o paciente na posição de Montague. Esta posição obtem-se facilmente, retirando-se o travesseiro da cabeça do enfermo e colocando por baixo da bacia e dois outros travesseiros por baixo dos membros inferiores.

Com esta posição diminuem-se os fenômenos congestivos ao nível dos mamilos hemorroidais trombosados e edemaciados. As fomentações húmidas quentes bem como os semicúpios quentes constituem elementos terapêuticos de valia.

Também temos tido bons resultados com o emprego de compressas geladas só, ou embebidas em soluções de adrenalina à 1º/00.

Nos casos em que uma infecção superviniente seja observada, é claro, deve-se recorrer aos antibióticos, também.

Geralmente, após uma ou duas semanas o processo regride, raramente estende-se êle por mais tempo. Casos há nos quais a dor é intensa e nelas nenhum alívio obtemos com o emprêgo dos analgésicos habituais.

Nestes pacientes, sem dúvida, excepcionais, temos tentado a sedação da dor recorrendo ao emprêgo de infiltrações analgésica ano-retais.

Temos recorrido ao uso do óleo percaínado (5 a 10 cms<sup>3</sup>) ou à solução de quinina-ureia a 5% (6 cms<sup>3</sup> da solução de quinina-ureia a 5% misturados com 10 cms<sup>3</sup> d'uma solução de novocaina a 1 ou 2%).

O resultado tem sido bom. A anestesia perdurando de 1 a 2 semanas permite a regressão do processo sem que o paciente acuse dor.

Não desconhecemos os possíveis inconvenientes dessas infiltrações analgésicas ano-retais e sabemos, também, que alguns especialistas temem o seu emprêgo. Não obstante êsses senões, nesses casos escolhidos temos usado êsse tratamento com bom resultado e o aconselhamos.

Uma vez regredido o processo trombótico o exame endoscópico irá decidir qual a orientação a ser seguida: — tratamento cirúrgico ou por injeções esclerosantes.

Não se olvidar que, não raro, uma cura expontânea se verifica depois dêsse processo e nenhum tratamento médico ou cirúrgico se faz necessário.



## Tratamento cirúrgico das neurites (\*)

Dr. DIRCEU ARAUJO

Convidado pela "Sociedade Médica São Lucas" vamos tratar de tema, que, já tem sido motivo de varias pesquisas por parte do Dr. Eurico Branco Ribeiro, que foi entre nós o pioneiro no tratamento cirúrgico de afecções do nervo cubital na lepra.

No Sanatório Padre Bento realizamos 70 intervenções em nervo cubital, assim discriminadas: em 39 casos, uma intervenção; em 9 pacientes, duas intervenções; em 3 pacientes precisamos intervir três vezes; finalmente em um paciente praticamos quatro vezes a intervenção.

Nos casos de neurite aguda a principal queixa do paciente é a dor. Trata-se de uma dor lancinante, durando varios dias, e que não cede com os analgésicos comuns, tendo-se necessidade de lançar mão de hipnóticos afim de que o paciente possa descansar algum tempo.

A inspecção vamos encontrar a região correspondendo ao nervo tumefeita e a pele distendida. A apalpação encontramos o nervo bastante aumentado de volume e um empastamento da região correspondente.

O tratamento cirúrgico é o unico que dá resultado. As dores cessam imediatamente, podendo o paciente na mesma noite da operação dormir tranquilamente.

Como anestesia usamos a geral, feita pela injeção de Tionembutal.

Como há uma hiperemia bastante grande, ao se proceder o isolamento do nervo, a hemorragia é bastante consideravel, tornando este tempo algo demorado.

Isolamos o nervo em toda a sua extensão que é encontrada espessada. Quando o espessamento se prolonga até ao nível da goteira, o isolamento deve ser feito também nesse ponto. Assim retiramos o nervo da goteira e depois da sua descapsulisação, fazemos a sua transposição pre-epitrocleana. Para o mantermos fóra

(\*) Comunicação feita na Sociedade Médica S. Lucas em sessão realizada em 28-12-938.

da goteira, isolamos um retalho da aponevrose dos músculos epitrocleanos e com ele formamos uma alça.

E' curioso notar que em quatro casos de pacientes que sofreram surtos sucessivos de neurite fomos encontrar o nervo espontaneamente fóra da goteira. Realizando pois a transposição pré-epitroclear do cubital, nada mais fazemos do que ir ao encontro da natureza, que espontaneamente procura libertar o nervo espessado da goteira que se tornou de diâmetro menor e incapaz de contê-lo, agravando assim por compressão as lesões nervosas.

Uma vez descapsulizado o nervo, procedemos a sua dissociação longitudinal, pois que a trama conjuntiva intra-fascicular acha-se também infiltrada, obtendo-se assim a libertação das neuro-fibrilas. O nervo, uma vez livre dos elementos que o estrangulavam, readquire a sua elasticidade, e, nas formas iniciais as alterações tróficas e motoras podem regredir.

Em seguida removemos focos de caseose ou nódulos fibrosos que comumente vamos encontrar em casos mais antigos.

Usamos fio de algodão para todo o ato cirúrgico e a sua tolerancia tem nos mostrado excelente.

Temos, conforme vimos no inicio do nosso trabalho, necessidade de reoperar varios dos nossos pacientes, com intervalo que tem variado de um mês a dois anos. Em um caso mesmo, o paciente foi operado quatro veses. Na nova intervenção verificamos proliferação de tecido fibroso peri-nervoso e intra-fascicular, tornando-se necessaria a sua libertação.